

短期入所サービス利用申請書

申請日

年

月

日

石井町長 様

居宅介護(介護予防)支援事業所

住 所			
事業所名			
管理者名	印		
事業所番号		担当者名	
TEL		FAX	

短期入所サービス利用を居宅(介護予防)サービス計画に位置付けるため、下記のとおり必要な事項とともに関係書類を添えて申請しますので、確認をお願いします。

1. 利用者の情報

被保険者氏名		被保険者番号											
生年月日	年 月 日												
住 所													
電話番号													
要介護度	要支援・要介護 ()												
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日												

2. 確認事項

利用理由 (どちらかに○を)	・認定期間の半数を超えて利用 ・30日を超えての連続利用											
短期入所サービスの位置付けおよび利用日数に関する本人、家族への説明	未	済										
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、グループホーム、有料施設などの説明	未	済										
在宅生活維持・復帰の可能性	無	有										
利用施設	(サービス提供事業所)											
	施設名											
	住所											
利用実績	短期入所 (過去一年間)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	合計 日				
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日					
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日					
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日					
	(過去一年間以前)	年 月 日 ~ 年 月 日						合計 日	(連続する利用を開始した日から記載)			
今後の利用予定	年 月 日 ~ 年 月 日											
家族構成												
添付書類 (写し)	① 居宅サービス計画書1表・2表 (介護予防サービス支援計画表) ② サービス担当者会議の記録 ③ サービス利用票 ④ サービス利用票別表											

短期入所サービス理由書

居宅介護(介護予防)支援事業所

事業所名	
管理者名	
事業所番号	
担当者名	

利用者名		電話番号	
生年月日	年	月	日
住所			
要介護度	要支援・要介護 ()		

短期入所サービスを利用する理由(詳しく記入)	
利用開始日	
これまでの経緯	
利用者及び家族のサービス意向	
介護支援専門員としての意見	
今後の方向性	入所申込施設 (番目) (番目)

※在宅復帰の予定がない場合に記載。/2回目以降の申請は、複数の入所申込施設を記載